POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE K ÚČASTI NA LETNÍM TÁBOŘE

!!! VYPLNÍ LÉKAŘ !!!

podle vyhlášky č. 106/2001 Sb.

Jméno a příjmení posuzovaného dítěte ……..

datum narození dítěte …….…….. rodné číslo ……

adresa bydliště ……..

Část A)
Posuzování dítěte k účasti na zotavovací akci

a) je zdravotně způsobilé *
b) není zdravotně způsobilé *
c) je zdravotně způsobilé za podmínek - s omezením *
d) je zdravotně způsobilé za podmínek - zvýšená péče, dohled nebo dozor *

Posudek je platný 24 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí v průběhu této doby nedošlo ke změně zdravotní způsobilosti.

Část B)
Potvrzení o tom, že dítě

a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE *
b) je proti nákaze imunní (typ/druh) ……..
c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typu/druh) ……..
d) je alergické na ……..
e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka ……

…….. datum vydání posudku

…… podpis jmenovka (podle možností tel. číslo) razítko zdrav. zařízení

Poučení: Proti části A) tohoto posudku je možné podat podle ustanovení § 77 ods. 2 zákona č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, návrh na jejich přezkoumání do 15 dnů ode dne, kdy se oprávněné osoby dozvěděly o jejich obsahu. Návrh se podává písemně vedoucímu zdravotního zařízení (popřípadě lékaři provozující zdravotnické zařízení vlastním jménem), které posudky vydalo. Pokud vedoucí zdravotnického zařízení (popřípadě lékař provozující zdravotnické zařízení vlastním jménem) návrhu nevyhoví, předloží jej jako odvolání odvolacímu orgánu.

Jméno, popřípadě jména a příjmení oprávněné osoby, která převzala posudek do vlastních rukou

dne:.....

Vztah k dítěti …….

……..
podpis oprávněné osoby

*) Nehodící se škrtněte

Prohlášení rodičů (zákonných zástupců) dítěte - zdravotní

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti _____
nar. _____ bytem _____

změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění a lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Jsem si vědom/a/ právních důsledků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé. Dítě je schopno účastnit se letního tábora v termínu: _____

Zde nalepte kopii karty zdravotní pojišťovny dítěte

Dne: _____ (NE starší 2 dnů !)

_____
podpis rodičů (zákonných zástupců)

Zdravotní pojišťovna: _____
Telefonní číslo rodičů (zákonných zástupců): _____

Dítě je: ☐ PLAVEC ☐ NEPLAVEC

Prohlašujeme, že v den nástupu nemá dítě pedikulózu (vši).

_____
podpis rodičů (zákonných zástupců)